



Número 18 (1) Any 2013 pp. 65-79
ISSN: 1696-8298

www.antropologia.cat

La patologización de la transexualidad: un mecanismo legitimador de nuestro sistema dual de género

The pathologization of transsexuality: a mechanism for legitimizing the dual gender system

Jordi Mas Grau

Línia de Recerca i Acció en Cossos, Gèneres i Sexualitats (LIRACGS)
Universitat de Barcelona

Resumen

En una sociedad en la que el género es concebido como la prolongación natural del dimorfismo sexual, la no concordancia entre estas dos variables es considerada como una desviación de la norma a la que se le concede el estatuto de patología mental. De este modo, toda aquella persona trans que desee iniciar un proceso de transformación corporal debe antes someterse a la mirada psiquiátrica con el fin de obtener un diagnóstico de “trastorno de la identidad de género”. En el presente artículo se analiza el proceso diagnóstico de la transexualidad en un hospital español. Asimismo, se examina el posicionamiento del personal médico y de las personas usuarias en relación a la consideración de la transexualidad como un trastorno mental y a la necesidad de la diagnosis psiquiátrica como condición ineludible para el acceso al tratamiento.

Palabras clave: transexualidad, sexo, género, transgénero, sexualidades, patologización.

Abstract

In a society where gender is conceived as a natural extension of sexual dimorphism, the mismatch between these two variables is considered a deviation from the norm and defined as mental pathology. Thus, trans persons who wish to initiate the process of transforming their bodies must first undergo a psychiatric assessment in order to obtain a diagnosis of "gender identity disorder". This article analyses the process through which transsexuality is diagnosed in a Spanish hospital. It also examines the ideological positions adopted by the medical staff and the service users as to whether transsexuality is a mental disorder and whether a compulsory psychiatric diagnosis should be an unavoidable pre-condition for access to treatment.

Keywords: transsexuality, sex, gender, transgender, sexualities, pathologization.

Introducción

Con la publicación en el año 1966 de *The Transsexual Phenomenon*, el endocrinólogo Harry Benjamin sienta las bases de la gestión biomédica de la transexualidad. Por un lado, convencido de que “la mente del transexual no puede ajustarse al cuerpo, por lo que es lógico y justificable intentar lo opuesto, esto es, ajustar el cuerpo a la mente” (Benjamin 1966: 53), defiende la terapia hormonal y las cirugías de reasignación sexual¹ como el tratamiento más adecuado. Como apuntan Billings y Urban (1982), antes de que la obra de Benjamin ejerza su influjo entre la comunidad científica, la solución hormono-quirúrgica despertaba muchos recelos entre los profesionales, los cuales se decantaban mayoritariamente por una atención psicoterapéutica destinada a corregir los deseos del paciente. En este sentido, desde el ámbito psicoanalítico se acusaba a los médicos que practicaban la cirugía de cambio de sexo de colaborar con el deseo de castración de pacientes afectados por una forma extrema de psicosis.

Por otro lado, al destacar la infelicidad y el sufrimiento de sus pacientes por no tener el cuerpo deseado, y al advertir de la necesidad de una “evaluación psiquiátrica antes de realizar cualquier tipo de operación para descartar no solo la existencia de un trastorno psicótico, sino también para comprobar el nivel de inteligencia y la estabilidad emocional del paciente” (Benjamin 1966: 60), Benjamin estaba otorgando a la psiquiatría la facultad para validar el acceso al proceso terapéutico y supervisar su desarrollo. Esta legitimación de la mirada psiquiátrica se consolida en 1980 con la inclusión de la transexualidad en la tercera edición del DSM, el manual clasificatorio de los trastornos mentales más influyente a nivel mundial que elabora la Asociación Norteamericana de Psiquiatría (APA en sus siglas inglesas).

El análisis del proceso de patologización de la transexualidad constituye el objetivo principal del presente artículo. Para ello, analizaremos la categoría diagnóstica de “trastorno de la identidad de género” (en adelante TIG), denominación que se da a la transexualidad en la última edición del DSM, el DSM-IV-TR, aparecida en el año 2002. Asimismo, abordaremos el proceso diagnóstico en una Unidad de Trastornos de la Identidad de Género (en adelante UTIG) de una ciudad española. Dichas unidades han sido creadas en algunas Comunidades Autónomas tras la decisión de los respectivos Gobiernos Autonómicos de financiar las cirugías de reasignación genital. La UTIG estudiada cuenta actualmente con un psiquiatra, un psicólogo clínico y una enfermera, y está estrechamente vinculada con los servicios de endocrinología, cirugía plástica, ginecología y urología del centro hospitalario del que forma parte. Finalmente, examinaremos el posicionamiento de los profesionales de la UTIG así como de las personas trans² ante la inclusión de la transexualidad en los manuales clasificatorios de

¹ Se entiende por «cirugías de reasignación sexual» a todas aquellas intervenciones quirúrgicas destinadas a modificar los caracteres sexuales primarios y secundarios de la persona. Dentro de este grupo encontramos las «cirugías de reasignación genital», popularmente conocidas como «operaciones de cambio de sexo», de entre las que destacan las técnicas de la vaginoplastia (construcción de una neovagina) y la faloplastia (construcción de un neopene).

² En este artículo utilizaremos el prefijo «trans» para referirnos tanto a personas transexuales como transgeneristas. «Transexual» es un término creado por la medicina para referirse a aquellas personas que desean modificar sus caracteres sexuales primarios y secundarios para adecuarlos a su identidad de género –que generalmente encuentra cobijo en alguno de los dos polos del binomio hombre/mujer. Actualmente, el estamento médico también considera transexuales a aquellas personas que tan solo desean modificar sus caracteres sexuales secundarios. Por su parte, «transgenerista» es un término autorreferencial, creado para desvincularse de la mirada biomédica, utilizado por aquellas personas que conservan deliberadamente sus genitales y algunos de sus caracteres sexuales secundarios –llegando a mostrar una apariencia andrógina. Desde el transgenerismo se realiza una crítica de nuestro sistema de género dicotomizado y se reivindican expresiones de género alternativas y plurales.

los trastornos mentales³ y la necesidad de la diagnosis psiquiátrica como condición ineludible para el acceso a un tratamiento financiado por la sanidad pública.

Los datos utilizados para la elaboración del presente artículo proceden de dos investigaciones en curso: mi propia investigación doctoral sobre el proceso de patologización y medicalización de la transexualidad, que se está llevando a cabo en el Departamento de Antropología Social y de Historia de América y África de la Universidad de Barcelona; y una investigación I+D financiada por el Instituto de la Mujer-Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad del Gobierno de España, que lleva por título “Representaciones y prácticas en el proceso de feminización de mujeres transexuales” (ref. 2011-0004-INV-00124)⁴.

El trastorno de la identidad de género en el DSM

En opinión de Martínez Hernández (2000), la publicación en 1980 de la tercera edición del DSM supone una ruptura epistemológica respecto a sus dos predecesores, aparecidos en 1952 y 1968 respectivamente. Tanto el DSM-I como el DSM-II son manuales diagnósticos con una orientación psicosocial y psicodinámica que dejan entrever la influencia de las escuelas psicoanalíticas. Con la elaboración del DSM-III, la APA se alinea con la orientación biomédica en psiquiatría, también conocida como neokraepelianismo, que se caracteriza “por el énfasis en la clasificación, la descripción precisa de los cuadros clínicos, la oposición a la perspectiva psicoanalítica, el interés por la investigación clínica y epidemiológica, y el reduccionismo biológico o psicobiológico de los trastornos mentales” (Martínez Hernández 2000: 251).

A pesar de que tanto el DSM-III como el DSM-IV afirman mantener un “enfoque descriptivo que pretende ser neutral respecto a las teorías etiológicas” (APA 2002a: XXIV) –neutralidad que supuestamente queda garantizada en el DSM-IV-TR (la edición revisada del DSM-IV) por el “extenso trabajo empírico” realizado por 13 Grupos de Trabajo, cada uno de ellos asesorado por entre 50 y 100 consejeros “escogidos por representar experiencias clínicas y de investigación, disciplinas, formación y ámbitos de actuación muy diversos” (APA 2002a: XXII)– lo cierto es que si repasamos sus taxonomías podemos observar un marcado sesgo biologista. En estos manuales los trastornos mentales son aprehendidos como si fueran entidades biológicas, mientras que los factores psicosociales y socioculturales se transforman en simples “criterios diagnósticos y (son) utilizados como realidades físicas que responden a un orden de realidad universal y reconocible” (Martínez Hernández 2000: 270).

El enfoque eminentemente descriptivo y clasificatorio del DSM parece obedecer a una voluntad científica, desapasionada, neutral, alejada de prejuicios. No obstante, esta asepsia intelectual no parece tal cuando nos adentramos en los criterios diagnósticos que definen algunos trastornos mentales, como el “trastorno de la identidad de género”, un caso paradigmático que nos enseña que a menudo lo patológico se confunde con lo normativo. Veámoslo con más detalle. Para poder diagnosticar el TIG, el DSM-IV identifica los siguientes criterios diagnósticos:

³ A parte del DSM, el otro gran manual nosológico, la Clasificación Internacional de las Enfermedades de la OMS, sitúa la categoría diagnóstica «transexualismo» en el apartado «trastornos mentales y del comportamiento». La décima y última versión aparece en el año 2000. Para más información: <http://ais.paho.org/classifications/Chapters/index.htm>

⁴ Durante estas investigaciones se ha entrevistado a los profesionales de salud mental de la UTIG y a endocrinólogos y cirujanos plásticos que participan en el proceso terapéutico. Asimismo, se cuenta con 50 entrevistas realizadas a personas trans. En el proceso de selección de las personas informantes, se ha tratado de reflejar las múltiples formas existentes de vivir y significar el hecho trans así como la disparidad de opiniones respecto a la gestión biomédica de la transexualidad. Los relatos de profesionales y personas trans irán apareciendo a lo largo del texto.

A. Identificación acusada y persistente con el otro sexo (no sólo el deseo de obtener las supuestas ventajas relacionadas con las costumbres culturales).

En los niños el trastorno se manifiesta por cuatro o más de los siguientes rasgos:

1. deseos repetidos de ser, o insistencia en que uno es, del otro sexo.
2. en los niños, preferencia por el transvestismo o por simular vestimenta femenina; en las niñas, insistencia en llevar puesta solamente ropa masculina.
3. preferencias marcadas y persistentes por el papel del otro sexo o fantasías referentes a pertenecer al otro sexo.
4. deseo intenso de participar en los juegos y en los pasatiempos propios del otro sexo.
5. preferencia marcada por compañeros del otro sexo.

En los adolescentes y adultos la alteración se manifiesta por síntomas tales como un deseo firme de pertenecer al otro sexo, ser considerado como del otro sexo, un deseo de vivir o ser tratado como del otro sexo o la convicción de experimentar las reacciones y las sensaciones típicas del otro sexo.

B. Malestar persistente con el propio sexo o sentimiento de inadecuación con su rol.

En los niños la alteración se manifiesta por cualquiera de los siguientes rasgos: en los niños, sentimientos de que el pene o los testículos son horribles o van a desaparecer, de que sería mejor no tener pene o aversión hacia los juegos violentos y rechazo a los juguetes, juegos y actividades propios de los niños; en las niñas, rechazo a orinar en posición sentada, sentimientos de tener o de presentar en el futuro un pene, de no querer poseer pechos ni tener la regla o aversión acentuada hacia la ropa femenina.

En los adolescentes y en los adultos la alteración se manifiesta por síntomas como preocupación por eliminar las características sexuales primarias y secundarias (p. ej., pedir tratamiento hormonal, quirúrgico u otros procedimientos para modificar físicamente los rasgos sexuales y de esta manera parecerse al otro sexo) o creer que se ha nacido con el sexo equivocado.

C. La alteración no coexiste con una enfermedad intersexual.

D. La alteración provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo (APA 2002b: 245-246).

Una vez leídos los criterios diagnósticos, estamos en condiciones de exponer varias consideraciones. Primeramente, los criterios A y B adquieren sentido tan solo si se presupone que únicamente es normal la correspondencia entre el sexo biológico y la identidad de género. Así, cualquier persona que rechace el género que se le asigna al nacer y desee adoptar una apariencia socialmente vinculada con el otro género es susceptible de padecer un trastorno. Esto supone la legitimación de uno de los postulados centrales de nuestro sistema de sexo/género, que podríamos denominar el del “género genitalizado”, según el cual ha de existir una estrecha correlación entre los caracteres sexuales y la identificación de género de la persona. Pero, además, esta lógica dualista y excluyente ignora que existen personas trans que no se identifican simplemente “con el otro sexo”, sino que pretenden desmarcarse de la dicotomía fluctuando en un continuo de masculinidad/feminidad. Entre las personas trans entrevistadas, las palabras de Luís⁵ dejan constancia de este posicionamiento crítico: “No se valora el tránsito. ¿Por qué se ignora a la gente que transita, es decir, a aquellos que no se sienten ni hombre ni mujer? No hay que construir constantemente hombres y mujeres transexuales”. En segundo lugar, se identifican como criterios para diagnosticar el TIG en niños una serie de comportamientos derivados de una concepción del género conservadora: “En los niños (...) aversión hacia los juegos violentos y rechazo a los juguetes, juegos y actividades propios de los niños; en las niñas (...) aversión acentuada hacia la ropa femenina”. Estas preferencias y actividades “impropias” se detallan con mayor precisión en la introducción al trastorno:

⁵ Con el fin de preservar el anonimato de las personas entrevistadas, se utilizan nombres ficticios.

A los niños (...) les gusta especialmente jugar a papá y a mamá, dibujar chicas y princesas bonitas, y mirar la televisión o los vídeos de sus ídolos femeninos favoritos. A menudo, sus juguetes son las muñecas (como Barbie) (...) Evitan los deportes competitivos y muestran escaso interés por los coches, camiones u otros juguetes no violentos, pero típicos de niños (...) Las niñas (...) sus héroes de fantasía son muy a menudo personajes masculinos fuertes, como Batman o Superman. Estas niñas prefieren tener a niños como compañeros, con los que practican deporte, juegos violentos y juegos propios para niños (APA 2002a: 645).

El influjo de las convenciones culturales en la elaboración de los criterios diagnósticos no solo queda patente con curiosas referencias a personajes característicos de la cultura de masas occidental (Barbie, Superman o Batman), sino también con la presentación de los clásicos estereotipos de género de nuestra sociedad androcéntrica: los niños han de preferir el deporte competitivo y los juegos violentos –pues han de prepararse para desarrollar un papel dominante en la etapa adulta–, mientras que las niñas han de decantarse por las muñecas o jugar “a papá y a mamá” –adecuado entrenamiento para futuras amas de casa. Y al acompañar estas actividades con adjetivos tales como “propio” y “característico” –p.ej. “juegos y actividades *propios* de los niños”–, se produce una naturalización de dichos roles que impide considerar su contingencia. Así pues, parece que en el DSM se ignora algo que en ciencias sociales es ya una evidencia: que el género y las conductas a él asociadas, además de no ser universales, son cambiantes; por lo que ofrecer una lectura suspicaz de situaciones tales como un niño jugando con muñecas, hoy consideradas como una manifestación de la progresiva laxitud de los roles de género, es hacer un flaco favor a la lucha contra los convencionalismos.

En tercer lugar, se afirma que el trastorno causa un “malestar persistente con el propio sexo”. Sin mencionarlo explícitamente, esto supone recuperar el concepto, creado por el médico Robert Fisk en los años 70 del siglo XX, de “disforia de género”, que hace referencia al malestar o ansiedad producidos por tener un cuerpo que no se ajusta a la identidad de género a él asociada. En opinión de Nieto (2008), la elección del término “malestar” no es casual. Se podrían haber utilizado otras palabras con menos connotaciones médicas y que resaltarán en cambio la agencia del sujeto, como “disconformidad” o “rechazo”, pero se ha escogido precisamente este término “enfermizante” porque ayuda a validar la patologización y posterior intervención médica. Además, con el hecho de suponer que toda persona transexual sufre se está simplificando la realidad plural del mundo trans, ya que existen personas que no sienten malestar o angustia alguna por su condición o su cuerpo: “Muchas vivimos nuestro cuerpo con total normalidad y disfrutamos de nuestros genitales como cualquier persona” (Mónica). Y si en realidad sienten algún malestar, éste es generado principalmente por una sociedad que no acepta ningún posicionamiento que transgreda la lógica bipolar.

Finalmente, en el último criterio diagnóstico se dice que el trastorno provoca no solo malestar, sino también “deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo”; como si fuera el trastorno en sí el que provocara el deterioro social del individuo y no la respuesta de la sociedad que lo acoge. Se convierte aquí una problemática de orden social, una situación de exclusión o rechazo, en un criterio diagnóstico individualizado. Con ello se impide realizar una lectura en clave social de la transexualidad, para presentarla en cambio como un fenómeno que atañe únicamente a la estabilidad mental de la persona. Como afirma Mónica con agudeza: “Si alguien ha de ser visto como un enfermo, o tiene que someterse a una prueba para saber si es normal, es la sociedad, no yo”.

La evaluación diagnóstica en una UTIG

Toda persona que desee iniciar un proceso de transformación corporal en una UTIG deberá someterse obligatoriamente a una evaluación diagnóstica. Según los profesionales de la salud mental, la diagnosis tiene una finalidad múltiple, pues sirve para diagnosticar con exactitud el TIG, detectar posibles trastornos psiquiátricos comórbidos y acceder al tratamiento hormonal y quirúrgico. En el caso estudiado, la evaluación es realizada por dos especialistas de forma independiente –por lo que, de hecho, hay que obtener dos diagnósticos. Además de la diagnosis, la tarea de estos profesionales consiste en aconsejar al paciente respecto a la gama de tratamientos disponibles y sus efectos, sensibilizar a su entorno más cercano, realizar un tratamiento en caso de comorbilidad psiquiátrica y efectuar un seguimiento del paciente a lo largo de todo el proceso terapéutico.

La transexualidad es uno de los casos en los que es el paciente quien tiene interés en demostrar su patología a los profesionales de la salud mental con el fin de acceder a un tratamiento; unos profesionales que, a su vez, dependen del relato de la persona transexual para emitir el diagnóstico puesto que no existen evidencias biológicas. Tal y como afirma un médico que ha trabajado en la UTIG, “los pacientes saben mucho más de la transexualidad que los propios profesionales porque tienen una vivencia mucho más amplia (...) los síntomas los identifican mucho mejor que cualquier psiquiatra”. Resulta cuanto menos paradójico que en un modelo clínico de “autorización” (Pérez, en Sues 2010), en el que las personas transexuales no tienen la capacidad de consensuar con los profesionales su idoneidad para el acceso al tratamiento –que depende exclusivamente del dictamen de una figura experta–, se tenga como principal herramienta diagnóstica la biografía elaborada por esta misma persona a la que se le está negando toda participación en el proceso de decisión.

Es durante los años 70 y 80 del siglo XX cuando este modelo de “autorización” empieza a mostrar sus incoherencias internas. Con el trabajo de Benjamin y de otros coetáneos suyos, como el psiquiatra Robert Stoller, fue consolidándose un prototipo de la transexualidad femenina que el mismo Benjamin denominó el “transexual verdadero”, esto es, un hombre biológico cuyo “deseo de la operación de cambio de sexo es un impulso que todo lo consume” (Benjamin 1966: 15) porque desde que tiene uso de razón se siente identificado con el sexo femenino. Una orientación heterosexual, la adopción temprana de los roles femeninos y una profunda aversión hacia la propia anatomía masculina constituían los otros componentes necesarios para ser considerado como “transexual verdadero”, que era la única forma de acceder al tratamiento. Por el contrario, aquellos varones que llegaban al deseo de cambiar de sexo tras haber adoptado durante un tiempo una expresión de género masculina, no cumplían con el ideal social de la feminidad y manifestaban una orientación homosexual, a menudo se encontraban con que se les denegaba su petición de someterse a las cirugías de reasignación sexual.

Con todo, progresivamente fue disminuyendo la aceptación del concepto “transexual verdadero” entre el estamento médico al constatarse que en la realidad rara vez se encontraban tales pacientes, y al descubrirse que algunos de ellos moldeaban sus biografías para adecuarlas a los estándares establecidos. Cada vez eran más los pacientes que dominaban a la perfección el funcionamiento del proceso diagnóstico –sabían lo que el médico quería escuchar–, por lo que alteraban, exageraban y omitían parte de sus biografías para ajustarse al ideal esperado y obtener así el billete de entrada al quirófano (Garaizábal 1998 y Mejía 2006).

Actualmente, si bien los profesionales de la salud mental no exigen tener ante ellos al “transexual verdadero” para emitir el diagnóstico, reconocen que encontrarse ante este sujeto paradigmático les facilita las cosas. Así, aquellas personas que desde su más tierna infancia sienten un rechazo hacia sus caracteres sexuales, una preferencia por los pasatiempos asociados al género contrario y un deseo heterosexual, y que en el momento de la primera consulta médica ya visten acorde con su identidad y muestran el deseo de someterse a las cirugías, constituyen –en palabras de un profesional de la UTIG– un “caso claro”, por lo que obtienen el diagnóstico tras las dos visitas protocolarias. Por su parte, aquellas personas que no se ajustan a este ideal, esto es, que han vivido un tiempo en el género asignado al nacer, no han adoptado todavía una apariencia estereotípica y no desean operarse los genitales, pueden ver cómo se alarga el proceso diagnóstico varios meses.

De este modo, se sigue privilegiando lo que Nieto (2008) denomina “transnatalidad”, concepto que hace referencia a una transexualidad sentida y vivida desde la infancia, una transexualidad vista como una identidad esencial, estática, no biográfica. Se olvida así que las identidades son dinámicas y contextuales; son “ese logro precario” (Garaizábal 1998) constantemente expuesto a la reformulación en función de nuestras experiencias, nuestros deseos, nuestras reacciones ante las constricciones normativas y nuestras relaciones con el grupo de pares y con las instituciones.

Por su parte, las personas usuarias de la UTIG expresan mayoritariamente su desagrado por tener que someterse a una evaluación diagnóstica. Andrea –que se encuentra al inicio del proceso terapéutico– considera innecesario este requisito porque afirma ser plenamente consciente de lo que le pasa: “No me gusta ir a un sitio a demostrar lo que soy porque lo tengo clarísimo. Y en realidad tú no vas a ningún sitio (dirigiéndose al entrevistador) a demostrar que eres un hombre, ¿verdad?”. Además, algunas de estas personas se sienten incómodas por tener que dirigirse a un centro de salud mental: “¡Joder, es que me he de sentar al lado de esquizofrénicos!” (Andrea); e intentan desvincularse de la imagen degradante asociada a los pacientes psiquiátricos: “Cuando voy a la psiquiatra siempre digo a mis amigos: pero yo no estoy mal, ¿eh?” (Dani).

Quienes se muestran más críticas por tener que obtener un diagnóstico son aquellas personas que se alejan del paradigma médico de la transexualidad. Existen personas que, habiendo modificado algunos de sus caracteres sexuales secundarios con hormonas y/o cirugías, conservan sus genitales al considerar que no son impedimento alguno para la construcción de su identidad y el buen desarrollo de su sexualidad, e incluso rechazan situarse en una de las dos categorías de género socialmente disponibles para buscar y reivindicar espacios genéricos alternativos. Pero para poder acceder a un tratamiento hormonal financiado y supervisado por la sanidad pública y para cambiar la mención sexo de todos los documentos y registros oficiales⁶, es necesario que todas las personas trans se sometan al juicio psiquiátrico. Y ya hemos comentado las dificultades por las que atraviesan aquellas personas que no se acomodan al prototipo esperado. A este respecto, Clara, que hace gala de su androginia, cuenta que desistió en su intento de obtener el diagnóstico tras meses de disputas con la UTIG por no ajustarse a ese ideal de mujer transexual:

⁶ Según la Ley 3/2007, de 15 de marzo, reguladora de la rectificación registral de la mención relativa al sexo de las personas, para poder acceder al cambio de nombre y de sexo en los documentos y registros es necesario obtener un informe que acredite que «al solicitante le ha sido diagnosticada disforia de género» (art.4.1.a).

Para ellos (los profesionales de la UTIG) yo soy un monstruo. No me lo dijeron, pero me lo dejaron clarísimo. Extraje varias lecturas de esos encuentros: soy un monstruo y reivindico mi derecho a ser un monstruo. Reivindico mi derecho a jugar con coches y a fútbol desde que soy pequeña y a ser la más femenina del mundo (...) Quieren clichés; quieren personas que estén integradas en la sociedad y que no molesten; quieren mujeres con la patita quebrada y que sean amas de casa perfectas; quieren este tipo de mujer transexual. Todo lo que sale de esto, son monstruos.

¿Es la transexualidad un trastorno mental?

Preguntados por la presencia de la transexualidad en los manuales clasificatorios de los trastornos mentales, los profesionales de la UTIG analizada mantienen una opinión ambigua. Por un lado, rechazan categóricamente que la transexualidad tenga que ser considerada como una enfermedad o un trastorno mental, e insisten en presentar a las personas transexuales como “personas normales”. A este respecto, es interesante destacar que no utilizan en ningún momento de la entrevista el adjetivo “mental” tras el sustantivo “trastorno”. Pero a pesar de este posicionamiento, defienden la inclusión de la transexualidad en dichos manuales, y lo hacen recurriendo a tres tipos de razonamientos –uno de tipo conceptual, otro de tipo clínico y el último de tipo estratégico– que requieren un análisis crítico.

a) Razonamiento conceptual

Consiste en justificar la inclusión de la transexualidad en las clasificaciones nosológicas aduciendo que las personas transexuales experimentan un malestar agudo, de tal modo que el término “trastorno” queda íntimamente asociado a dicho malestar. Veamos la opinión de un profesional de la UTIG:

¿Por qué le llamamos trastorno? No porque sea una enfermedad mental, ni mucho menos, sino porque la transexualidad produce mucho dolor a las personas que nacen con esta...disfuncionalidad entre su cerebro y su cuerpo (...) Produce mucho malestar hacia el propio cuerpo y en su interacción con el entorno social, laboral y familiar. Pero eso no significa que sea una enfermedad ni un trastorno mental. [Profesional de la UTIG]

Defender la presencia de la transexualidad en los manuales recurriendo a la tesis del malestar suscita algunos problemas que conviene aclarar. Como podemos observar en este último testimonio, el malestar de la persona transexual se presenta en una doble vertiente: un malestar corporal, producido por una anatomía no deseada, y un malestar derivado del deterioro de las relaciones sociales, laborales y/o familiares. En relación a este último tipo de malestar ya hemos visto que, de existir, es el efecto lógico de experimentar el estigma y rechazo social por no acatar las normas de género. En cuanto a ese supuesto malestar hacia el propio cuerpo, éste parece presentarse como un malestar ontológico, independiente de todo contexto social:

Sí, hay un malestar causado por la sociedad, pero también hay un malestar generado por uno mismo: uno tiene aversión a su cuerpo o a su imagen porque su cuerpo no corresponde con su forma de ser. Y eso no es nada social, es personal, es individual, es un sufrimiento que no tiene nada que ver con el entorno [Profesional de la UTIG].

De estas palabras podemos extraer una concepción acultural del binomio cuerpo/malestar, según la cual la persona transexual sufriría de forma innata por un cuerpo prediscursivo. Se olvida así que el cuerpo humano no es simplemente el reducto de lo biológico, sino un sistema complejo en el que se van depositando –y desde donde

se reformulan— unos “principios de visión y de división sexuales” (Bourdieu 2003: 22); un significativo embebido de significados sociales que no puede ser aprehendido, aceptado o rechazado sin aplicar nuestros mecanismos de inteligibilidad. Y se olvida asimismo que el malestar o el sufrimiento necesitan unas coordenadas culturales que los doten de sentido:

Unidades de significación como las de sufrimiento y/o padecimiento (...) no adquieren su pleno sentido más que en su incardinación a una experiencia individual que se desarrolla en un proceso de constitución, históricamente determinado y contextualmente edificado, de relaciones sociales que proporcionan a las personas que sufren el marco cognitivo para encarnar, afrontar y solucionar los problemas derivados del padecimiento (Otegui 2000: 228).

Y es precisamente el género la coordenada que dota de sentido al malestar de la persona transexual. Prueba de ello es que la mayoría de las personas entrevistadas no recuerdan la infancia como una etapa especialmente traumática, y ello es en gran parte debido a que el género todavía no ha ejercido en este periodo vital todo su poder dicotomizante, como sí sucederá en la adolescencia. Dani nos ofrece muy acertadamente las claves para entender por qué esta etapa vital no es recordada con especial dolor:

Yo de pequeño era el marimacho de todo, pero no tenía que enfrentarme a la sociedad por tener que encasillarme en cuanto a hombre o mujer, y por eso iba pasando bastante bien (...) Jugué al fútbol hasta los 11 años con el equipo de chicos, y luego lo dejé porque me dijeron que tenía que buscarme un equipo de chicas. [Dani]

Desde el ámbito psiquiátrico se supone que toda persona “normal” siente su género como algo apropiado, algo que permanece en perfecta armonía con uno mismo. No obstante, si seguimos a Butler (2007) y lo consideramos como un ideal normativo, como un “principio normalizador” que vehicula las actitudes, comportamientos y representaciones de los individuos, esa perfecta armonía parece más aparente que real. Dado que nadie llega a cumplir completamente con el ideal social masculino o femenino —nadie puede encarnar la perfección del género en una sociedad plagada de imperativos estéticos— podemos sostener que ese malestar del que hablamos no es un rasgo genuino de la transexualidad sino una constante que habita en mayor o menor medida en todos nosotros. Se podrá objetar que el malestar de las personas transexuales con el propio cuerpo destaca por su especial intensidad. Sin querer banalizar ni minimizar su malestar, que llega a cotas elevadas precisamente en aquellas personas que ven cómo se les niega cualquier reconocimiento identitario y corporal, lo cierto es que el miedo de algunos hombres a la desnudez por el tamaño de su pene o la voluntad de algunas mujeres de someterse a una cirugía de aumento de pecho podrían también considerarse síntomas inequívocos de un malestar corporal inexorablemente generizado.

En cuanto a la inclusión de la transexualidad en el DSM, las personas usuarias de la UTIG no piensan lo mismo que el personal médico, puesto que a ellas sí que les resulta difícil no asociar el TIG con un trastorno mental. La mayoría tiende a realizar la misma operación lógica de adjetivación que realizaríamos muchos de nosotros, según la cual todo individuo que padece un trastorno debe de ser un trastornado: “He tenido una vida organizada, soy madura, me he pagado mis estudios y mi piso con mi trabajo. No soy una persona con problemas mentales, no estoy trastornada. Bueno, si me dan un subsidio por ello...” [Andrea]. Asimismo, tal y como apunta Nieto (2008), conviene recordar que un trastornado es, en lenguaje coloquial, un loco: “No estoy de acuerdo que esté (la transexualidad) en un manual psiquiátrico porque no estamos locos. Y claro, el hecho de que esté dentro del ámbito de la psiquiatría socialmente queda como si fuéramos unos enfermos” [Dani].

b) Razonamiento clínico.

En este caso, se justifica la presencia del TIG en los manuales clasificatorios por la necesidad de realizar un diagnóstico diferencial como condición previa al tratamiento hormonal y quirúrgico:

La transexualidad está en el DSM sobre todo para poder realizar el diagnóstico y para que la persona pueda ser hormonada y pueda pasar por la intervención quirúrgica, porque si no hay un diagnóstico ningún cirujano o endocrino hará el tratamiento. Además, tenemos que hacer el diagnóstico porque hay algunas patologías mentales que presentan unos síntomas que se pueden confundir con el trastorno de la identidad de género y también hemos de hacer un seguimiento a lo largo de todo el proceso [Profesional UTIG].

Tras este razonamiento, podríamos cuestionarnos el hecho de que, por un lado, se conciba la transexualidad como un trastorno de orden psiquiátrico mientras que, por el otro, se privilegie un tratamiento de modificación corporal hormono-quirúrgico en lugar de un tratamiento psicoterapéutico reconstructivo. En este sentido, resulta paradójico que los profesionales sanitarios accedan a los deseos de transformación corporal de un sujeto al que previamente se le ha diagnosticado un trastorno mental.

Paradojas aparte, el hecho es que de todas las personas que acuden a la UTIG estudiada, alrededor de un 10% no cumplen con los criterios diagnósticos de transexualidad. Como señalan Gómez, Godás y Peri (2006), entre las entidades psiquiátricas que pueden confundirse con la transexualidad podemos encontrar los travestismos fetichista y no fetichista⁷, un “trastorno de la identidad sexual no especificado”⁸ o algún “trastorno asociado al desarrollo y la orientación sexual”, como el “trastorno de la maduración sexual” o la “orientación sexual egodistónica”. También se presentan casos de trastornos obsesivo-compulsivos, de la personalidad y de tipo psicótico.

Si nos ceñimos a los denominados “trastornos asociados al desarrollo y la orientación sexual” que pueden inducir a un diagnóstico erróneo, nos encontramos de nuevo ante un ejercicio tendente a la patologización de las sexualidades y expresiones de género divergentes y a la individualización de problemáticas de orden social. El “trastorno de la maduración sexual” afecta a las “personas que tienen dudas y se sienten inseguras bien sobre su identidad bien sobre su orientación sexual, y ello les produce ansiedad y depresión” (Gómez, Godás y Peri 2006: 140). Otra vez aquí nos topamos con el supuesto de que la identidad de género ha de ser algo estable, algo dado de una vez por todas, siendo asimismo un componente no conflictivo de la persona “madura”. Esto supone ignorar el carácter procesual de la identidad y el hecho de que esas “dudas” pueden aparecer en personas que, sencillamente, no se sienten identificadas con ninguna de las dos categorías de género disponibles. Pero es que, además, no resulta muy difícil deducir que los sentimientos de inseguridad y ansiedad respecto a la orientación sexual se deben dar muy especialmente en aquellas personas con una sexualidad homoerótica. Y dichos sentimientos no son debidos a la atracción sexual en sí, sino a la intuición, por parte del sujeto, de las dificultades a afrontar tras manifestar públicamente una sexualidad no normativa.

⁷ La principal diferencia entre uno y otro es que en el caso del fetichista el acto de travestirse conlleva una excitación sexual.

⁸ Dentro de esta categoría se incluyen: «1. Enfermedades intersexuales y disforia sexual acompañante. 2. Comportamiento transvestista transitorio relacionado con el estrés. 3. Preocupación persistente por la castración o la penectomía, sin deseo de adquirir las características sexuales del otro sexo» (APA 2002b: 247).

Y esto último también vale perfectamente en el caso de la “orientación sexual egodistónica”. Aquí, la persona no tiene dudas sobre su identidad o su orientación sexual, “pero desearía que su orientación sexual fuera diferente, y se muestra insatisfecha por sus patrones de excitación sexual” (Gómez, Godás y Peri 2006: 140). Como recuerda Coll-Planas (2010), este trastorno fue eliminado del DSM en 1980 por considerarse que suponía una patologización encubierta de la homosexualidad, por lo que resulta cuanto menos extraño que se siga utilizando en algunos sectores del ámbito psiquiátrico.

Respecto a los travestismos fetichista y no fetichista, estamos de acuerdo con Garaizábal (2006) y Coll-Planas (2010) al cuestionarnos el argumento según el cual el travestismo y la transexualidad son categorías diagnósticas que definen dos realidades completamente delimitables. Y es que si bien es cierto que hay personas que utilizan con mayor o menor frecuencia la vestimenta socialmente asignada al otro género sin querer por ello modificar sus cuerpos con hormonas y/o cirugías, también lo es que para la gran mayoría de personas transexuales su primera tentativa de transformación corporal consistió en un acto de travestismo. Asimismo, el recurso al travestismo puntual también se da entre personas que, por diversos impedimentos, no inician, aun deseándolo, un proceso de transformación hormono-quirúrgico. En este caso, la práctica del travestismo en determinados espacios “seguros” constituye para estas personas una oportunidad para expresarse libremente, aun de forma temporal.

Ante esta vorágine taxonomizadora, heredera de ese espíritu decimonónico consistente en la clasificación detallada de las perversiones sexuales, resulta necesario problematizar la lógica reduccionista de las categorías diagnósticas. Tenemos que “despojarnos de esquemas mentales cerrados y pretendidamente seguros y atreverse a ahondar en las vicisitudes del deseo, haciéndose cargo de las incertidumbres que conlleva” (Garaizábal 2006: 169). Solo así estaremos en las mejores condiciones para entender que el deseo y la experiencia humanos desbordan el ideal homogeneizador de las nosologías sexuales.

Por otra parte, también podríamos preguntarnos por qué las personas trans que desean modificar su cuerpo han de someterse a una evaluación psiquiátrica, mientras que no se hace lo mismo con hombres y mujeres que recurren a la cirugía plástica para obtener una apariencia de género estereotípica. Desde la UTIG se argumenta que esto es así porque la faloplastia y la vaginoplastia son cirugías de especial gravedad, ya que implican la amputación de órganos. Aun aceptando este razonamiento, bien podría efectuarse una evaluación de la salud mental de la persona –tal y como se realiza antes del acceso a determinados puestos de trabajo que conllevan una responsabilidad especial– sin necesidad de tener como referente ninguna categoría diagnóstica.

Y tampoco podemos justificar la inclusión de la transexualidad en los manuales por la necesidad de un seguimiento psicológico de la persona a lo largo del proceso de modificación corporal. Sin negar que el soporte psicológico puede resultar muy beneficioso para algunas personas transexuales, sobre todo para aquellas que carecen del apoyo de su entorno y que más fuertemente experimentan las consecuencias del estigma, lo cierto es que actualmente se presta asistencia psicológica a personas que están atravesando por una situación difícil, como es el caso de los enfermos oncológicos, sin que por ello el factor productor del malestar –en este caso, el cáncer– sea patologizado por el estamento psiquiátrico.

c) Razonamiento estratégico.

Se defiende la inclusión de la transexualidad en las clasificaciones de los trastornos mentales para que, de este modo, el tratamiento pueda ser financiado por la administración pública. Como afirma un médico de la UTIG:

Yo siempre les digo a los transexuales que, al margen de las consideraciones filosóficas, peleen por que sigan estando allí (manuales de los trastornos mentales). El hecho de que figuren en alguna clasificación diagnóstica es lo que burocráticamente permite a la sanidad pública hacerse cargo de la asistencia. Es el fundamento burocrático para que esté reconocida la asistencia a la transexualidad (...) Es por una cuestión estratégica, y muchos de ellos lo entienden y lo tienen muy claro. Muchos de los muy bregados (transexuales) en conseguir asistencia en el sistema nacional de salud saben perfectamente que si se salen de las clasificaciones, se salen del sistema. [Médico de la UTIG]

Estamos ante uno de los argumentos más utilizados por el personal médico e incluso por algunas personas transexuales que, a pesar de criticar la consideración de la transexualidad como trastorno mental, temen los posibles efectos de la desclasificación. Hay que destacar que la decisión de financiar las cirugías de reasignación genital por algunas Comunidades Autónomas ha sido posible gracias a las voces que han defendido el carácter no electivo de este tipo de cirugías –frente a otras cirugías plásticas, como la mamoplastia de aumento, que han quedado fuera de la cobertura pública al considerarse electivas. Y dicha defensa se ha fundamentado en buena medida recurriendo a la presencia de la transexualidad en el DSM y destacando el malestar sufrido por estas personas. Si además tenemos en cuenta que la sanidad pública española es uno de los sectores más debilitados por la nueva ola neoliberal, y que desde los sectores políticos más conservadores se ha puesto precisamente la atención pública a la transexualidad como ejemplo de gasto superfluo a eliminar, no es difícil entender que algunas personas se resistan a un cambio de paradigma: “Aunque no me guste que nos vean como enfermos mentales, creo que ahora no es el momento para tener estos debates. Hemos de tener mucho cuidado con lo que decimos porque están cerrando quirófanos por todas partes” [Jon].

Ante este contexto desfavorable, algunas personas transexuales que rechazan categóricamente la consideración de la transexualidad como un trastorno mental, conciben el proceso diagnóstico como un simple trámite procedimental para poder cumplir sus deseos de modificación corporal. Pero como señala Butler (2006), recurrir al aspecto estratégico de la diagnosis es utilizar un arma de doble filo. Por un lado, la persona se somete al diagnóstico de forma poco entusiasta y con ciertas dosis de cinismo, esto es, burla al sistema para conseguir sus objetivos. Pero por otro lado, es posible que a lo largo de la relación –de tipo jerárquico– con la institución psiquiátrica tanto la persona como su entorno acaben internalizando algún aspecto del diagnóstico. Y ello sin olvidar que pocas cosas proveen más justificación para la discriminación social que un diagnóstico de anormalidad psiquiátrica.

Resulta evidente que no se puede desclasificar la transexualidad de los manuales de los trastornos mentales sin elaborar antes una estructura argumentativa alternativa desde la que seguir reclamando el mantenimiento y la extensión de la asistencia pública al proceso de modificación corporal. Y esto es, precisamente, lo que están haciendo desde hace tiempo las organizaciones trans que luchan por la despatologización de la transexualidad. Dos parecen ser los marcos jurídicos con los que poder defender la despatologización garantizando a la vez la cobertura pública: el de la salud y el de los derechos humanos.

En cuanto al primer marco jurídico, se recurre al Preámbulo de la Constitución de la OMS, aprobada en 1946, en donde se define la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. Por lo tanto, parece posible apelar a esta necesidad de bienestar a la hora de defender la cobertura pública del tratamiento hormonal y quirúrgico. Por lo que respecta a las argumentaciones basadas en los derechos humanos, se recurre a la Asamblea General de la ONU sobre identidad de género y derechos humanos de 2008, en la que se defiende la libre expresión de las identidades como un derecho humano más y se reafirma el principio de no discriminación por cuestión de orientación sexual o identidad de género.

Perspectivas de futuro. ¿Hacia una transexualidad despatologizada?

Ante el actual paradigma patologizante, numerosas organizaciones trans de todo el mundo trabajan para que la transexualidad desaparezca de las próximas ediciones de los dos principales manuales clasificatorios de los trastornos mentales: la quinta edición del DSM de la APA (prevista para el 2013) y la undécima edición de la CIE de la OMS (prevista para el año 2014). Y parece que en esta empresa el activismo no está solo, ya que algunas autoridades e instituciones políticas se han posicionado a favor de la despatologización. Es el caso del Comisario Europeo de Derechos Humanos, Thomas Hammarberg, que en su *Informe Derechos Humanos e Identidad de Género* (2009) pide la desclasificación de la transexualidad y afirma que la atención sanitaria puede realizarse sin efectuar antes un diagnóstico de trastorno mental. Por su parte, en una resolución de septiembre de 2011, el Parlamento Europeo solicita a la OMS que suprima, en su undécima versión de la CIE, los trastornos de la identidad de género de la lista de trastornos mentales y que garantice su reclasificación como trastorno no patológico.

A pesar de estos indicios para el optimismo, parece que los redactores de la Asociación Norteamericana de Psiquiatría siguen empeñados en que la transexualidad aparezca en la próxima edición del DSM. Aunque si leemos en su página web el texto provisional en el que van apareciendo las modificaciones para el DSM-V⁹, observaremos que no son inmunes a las críticas recibidas desde diferentes sectores. La necesidad de mostrarse sensibles ante las críticas —pues afirman que su trabajo está “abierto a la opinión de profesionales y personas afectadas por un trastorno mental”—, junto con el convencimiento ideológico de que la transexualidad constituye una anormalidad a gestionar por la psiquiatría, han hecho que el equipo científico de la APA se encuentre actualmente en medio de un embrollo terminológico.

En un primer momento, cambiaron la denominación de “trastorno de la identidad de género” por “incongruencia de género”, afirmando que comprendían las críticas de las asociaciones trans en relación a la consideración de la palabra “trastorno” como elemento estigmatizante. La APA sostenía que la nueva categoría era más descriptiva que la anterior y reflejaba mejor la “esencia del problema” porque permitía focalizar la atención en “la incongruencia existente entre la identidad que uno experimenta o expresa y el género asignado”. A pesar de este cambio, las críticas no remitieron, ya que desde los colectivos afectados se consideraba que el uso del término “incongruencia” contenía también una fuerte carga estigmatizante. Baste recordar que la RAE define esta palabra, en su segunda acepción, como “un dicho o hecho faltos de

⁹ Para más información, véase: <http://www.dsm5.org/ProposedRevisions/Pages/proposedrevision.aspx?rid=482>

sentido o de lógica”. Además, se habían planteado situar esta categoría diagnóstica en un apartado especial del manual al ser “un tipo inusual de trastorno mental que es tratado con hormonas y cirugías de reasignación sexual”. Finalmente, optaron por no destacar su excepcionalidad recurriendo al razonamiento estratégico del que hablábamos anteriormente: no querían “poner en peligro la cobertura del seguro médico privado o el acceso al tratamiento”.

Recientemente, han vuelto a cambiar de denominación y se han decantado por “disforia de género”, argumentando que “incongruencia de género” es una categoría “que podría aplicarse erróneamente a personas con conductas de género atípicas pero que, en cambio, no tienen ningún problema de identidad de género”. La APA se inclina finalmente por esta denominación por tener “una larga historia en la sexología clínica y resultar familiar a clínicos y especialistas en el tema”. Recordemos que el concepto “disforia de género” fue acuñado por el médico inglés Norman Fisk, en los años 70 del siglo XX, para denominar no solo la transexualidad sino también otros trastornos relacionados con la identidad de género. Con el término “disforia” –antónimo de “euforia”– Fisk pretendía destacar el malestar resultante del conflicto entre la identidad de género y el sexo biológico, insatisfacción que adquiriría su grado máximo en el caso de la transexualidad.

A pesar de estos artificios terminológicos y fórmulas eufemísticas, lo cierto es que la APA sigue manteniendo los mismos supuestos respecto a la identificación de género que legitimaron la patologización de la transexualidad hace más de 30 años: la necesidad de que exista una correspondencia –ahora diremos “congruencia” o quizá “euforia”– entre la morfología corporal y la identidad de género para que uno pueda ser considerado mentalmente sano o normal; que la falta de correspondencia –o incongruencia– entre el género expresado y el asignado genera un malestar –o disforia– que requiere una diagnosis psiquiátrica; y que cualquier conflicto identitario es una cuestión que tan solo atañe al individuo que lo experimenta y al profesional que trata de subsanarlo.

El que una persona rechace el género asignado al nacer podría ser visto como una variante más en favor de la diversidad humana o como un cuestionamiento saludable de las normas que rigen nuestro sistema de sexo/género. Sin embargo, la patologización del fenómeno trans actúa como un “tranquilizante social” (Raymond, en Nieto 2008: 144), pues con ella se individualiza la insatisfacción de género en lugar de politizarse. Ante esta captura institucional, debemos repensar lo trans desde una óptica social, lo que supondría una buena oportunidad para problematizar las normas que nos constituyen en tanto sujetos generizados, una inmejorable ocasión para que afloren sin escandalizarnos todos esos deseos y experiencias que no se someten a una lógica dual y excluyente.

Bibliografía

- ASOCIACIÓN NORTEAMERICANA DE PSIQUIATRÍA (2002a) *DSM-IV-TR. Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, Barcelona: Masson.
- ASOCIACIÓN NORTEAMERICANA DE PSIQUIATRÍA (2002b) *DSM-IV-TR. Breviario*, Barcelona: Masson.
- BENJAMIN, H. (1966) *The Transsexual Phenomenon*, Nueva York: Warner Books.
- BILLINGS, D. y URBAN, T. (1982) “La construcción socio-médica de la transexualidad: interpretación y crítica”, en Nieto, J.A. (Comp.) (1998) *Transexualidad, transgenerismo y cultura*, Madrid: Talasa, pp.91- 116.
- BOURDIEU, P. (2003) *La dominación masculina*, Barcelona: Anagrama.
- BUTLER, J. (2007) *El género en disputa*, Barcelona: Paidós.
- BUTLER, J. (2006) *Deshacer el género*, Barcelona: Paidós.
- COLL-PLANAS, G. (2010) *La voluntad y el deseo. La construcción social del género y la sexualidad: el caso de lesbianas, gays y trans*, Madrid: Egales.
- GARAIZÁBAL, C. (1998) “La trasgresión del género. Transexualidades, un reto apasionante”, en Nieto, J.A. (Comp.) (1998) *Transexualidad, transgenerismo y cultura*, Madrid: Talasa, pp.39-62.
- GARAIZÁBAL, C. (2006) “Evaluación y consideraciones psicológicas”, en Gómez, E. y Esteva, I. (eds.) *Ser transexual. Dirigido al paciente, a su familia, y al entorno sanitario, judicial y social*, Barcelona: Glosa, pp.163-174.
- GÓMEZ, E.; GODÁS, T. y PERI, J.M. (2006) “Los principales diagnósticos diferenciales”, en Gómez, E. y Esteva, I. (eds.) *Ser transexual. Dirigido al paciente, a su familia, y al entorno sanitario, judicial y social*, Barcelona: Glosa, pp.133-144.
- HAMMARBERG, T. (2009) “Human Rights and Gender Identity”, http://www.genrespluriels.be/IMG/pdf/Human_rights_and_gender_identity.pdf, consultado en septiembre de 2012.
- MARTÍNEZ HERNÁEZ, Á. (2000) “Anatomía de una ilusión. El DSM-IV y la biologización de la cultura”, en Perdiguero, E. y Comelles, J.M. (Eds.) *Medicina y cultura. Estudios entre la Antropología y la Medicina*, Barcelona: Bellaterra, pp.248-275.
- MEJÍA, N. (2006) *Transgenerismos. Una experiencia transexual desde la perspectiva antropológica*, Barcelona: Bellaterra.
- NIETO, J.A. (2008) *Transexualidad, intersexualidad y dualidad de género*. Barcelona: Bellaterra.
- PARLAMENTO EUROPEO (2011) “Resolución del Parlamento Europeo, de 28 de septiembre de 2011, sobre derechos humanos, orientación sexual e identidad de género en las Naciones Unidas”, <http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//TEXT+TA+P7-TA-2011-0427+0+DOC+XML+V0//ES>, consultado en septiembre de 2012.
- SUESS, A. (2010): “Análisis del panorama discursivo alrededor de la despatologización trans: procesos de transformación de los marcos interpretativos en diferentes campos sociales”, en Missé, M. y Coll-Planas, G. (eds.), *El género desordenado. Críticas en torno a la patologización de la transexualidad*, Madrid: Egales, pp.29-54.